Nr 10. Kraków, 10. marca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 10. marca 1917. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
(Dyrektor: Radca dworu prof. Dr A. Gluziński)

O zależności kwaśności moczu od wegetatywnego układu nerwowego.

Podał

Dr Henryk Sochański,

asystent kliniki.

(Wykład wygłoszony na Zjeździe internistów polskich we Lwowie w lipcu 1914).

Rozpad i oksydacya substancyi organicznych, wchodzących w skład tkanek, są źródłem dużej ilości związków kwaśno oddziałujących. Związki te dostają się do krwi, a ta, nie mogąc bez szkody dla ustroju zmniejszyć o wiele swej alkalescencyi, pozbywa się ich głównie drogą płuc i nerek. Płuca pośredniczą w wywozie bezwodnika węglowego [1]), reszta substancyi kwaśnych opuszcza ustrój przeważnie drogą moczu. Na procesy chemiczne, zachodzące w tkankach, wpływa ustrój zapomocą wegetatywnego układu nerwowego [2]), zależnego znów od pewnych substancyi wytwarzanych w ustroju [3]). Ponieważ drogą moczu opuszcza ustrój większa część kwaśnych produktów przemiany materyi, można kwaśność moczu uważać poniekąd za miernik intensywności spraw dysymilacyjnych w tkankach, że zaś te sprawy zależą znów od wegetatywnego układu nerwowego, można stąd wysnuwać tu pewne wnioski, dotyczące jego działania.

Chcąc badać układ nerwowy wegetatywny, najlepiej jest sztucznie zadziałać na ten układ zapomocą pewnych ciał, mających nań silny wpływ [4]), a z wyników ich działania na poszczególne jego części wysnuwać pewne wnioski. Tego ostatniego sposobu użyłem, badając wpływ wegetatywnego układu nerwowego na kwaśność moczu. Oznaczałem ją metodą Naegeli-Sahli-Moritza [5]). Metodą tą oznacza się naprzód kwaśność kwaśnych soli, miareczkując $^{1}/_{10}$ n. NaOH z fenolftaleiną jako wskaźnikiem, a potem ilość zasad, potrzebnych do zobojętnienia reszty kwaśności, miareczkując $^{1}/_{10}$ n HCl z czerwienią alizarynową, jako indykatorem. Suma tych dwu wartości daje pojęcie o kwaśności ogólnej, t. j. o ilości niezastąpionych przez metale wodorów kwasowych bez względu na nierówną siłę zasad i kwasów ze sobą w moczu związanych.

Przechodzę z kolei do opisu moich badań.

Wykonałem je w klinice lekarskiej w latach 1911, 1912 i 1913. Zwracałem przy nich uwagę tylko na kwaśność moczu ogólną, gdyż na kwaśność kwaśnych soli wpływa, jak się przekonałem, tyle innych czynników, że wyciąganie z jej stopnia pewnych wniosków nie doprowadziłoby tu do celu. Substancye, których działania użyłem do moich badań, podawałem chorym bądźto w postaci wstrzykiwań podskórnych, bądźto per os. Pierwszą z tych substancyi była adrenalina [6]). Wstrzykiwałem ją w ilości 0·0005—0·001 gr (a 0·009—0·021 miligr. na kg. wagi ciała) podskórnie. Wzmagała ona zawsze kwaśność ogólną moczu. W godzinę po wstrzyknięciu była ta kwaśność ogólna moczu wyższą, niż przed wstrzyknięciem, w 2 i 3 godziny spadała pozornie nieco w następstwie wzmożonego wydzielania moczu [7]),

[1]) Drogą płuc wychodzi z ustroju dużo CO_2, nie można jednak powiedzieć, żeby to była cała jego ilość, wytwarzana przez ustrój. Małe ilości CO_2 rozpuszczone są bowiem w każdym moczu, a alkaliczne wydzieliny zawierają nieraz dużo kwasu węglowego w postaci zasadowo oddziałujących węglanów potasowych (Na, K).

[2]) Układ nerwowy dzielimy obecnie na animalny i wegetatywny, ten drugi zaś na sympatyczny i autonomiczny (parasympatyczny), zwany także układem nerwu błędnego. Szczegóły, dotyczące fizyologii i patologii układu wegetatywnego, znajdzie czytelnik w pracach Eppingera, Hessa, Ehrmanna, L. Korczyńskiego, Noordena, Müllera, Langleya i Gaskella.

[3]) Substancye te są bardzo liczne. Należy do nich adrenalina, cholina (wraz z pochodnemi), wazodylatyna Popielskiego i wiele innych, dotychczas mało poznanych i nie przez wszystkich badaczy uznanych ciał, zwanych hormonami. Bliższe szczegóły, dotyczące tych wszystkich substancyi, można znaleść w pracach Falty, Schittenhelma, Popielskiego, Czubalskiego, Baylissa, Starlinga, Zaleskiego, Manschlera, Gleya, Fleiga, Herzena, Camusa, Gacheta, Mendla, Rittgera, Biedla, Pachona i Bellanyego.

[4]) Są to tak zwane przez Langleya farmakodynamiczne wybiórcze (elektywne) ciała, do których zaliczamy n. p. adrenalinę, atropinę i pilokarpinę.

[5]) Dokładny opis tej metody i wskaźników przy jej wykonywaniu używanych znajdzie czytelnik w moich poprzednich pracach, ogłoszonych w Tygodniku lekarskim w r. 1911 (Nr 49—52) i w r. 1913 (Nr 17 i 18).

[6]) Adrenalina, substancya pochodna od tyrozyny i obecna jako odmiana lewozwrotna w ziarnach chromochłonnych komórek w substancyi rdzennej nadnercza (Pfaundler, Castellino), w kłębku tętniczym (gl. carotica) i w kłębku guzicznym (gl. coccygea), w ścianach tętnic brzusznych i w sympatycznych zwojach brzusznych (szczególnie w ganglion solare), jest wybitnym drażnikiem układu współczulnego, choć nie brak jej pewnego wpływu na układ nerwu błędnego (Popielski). Ucisk nadnercza (Popielski), drażnienie nerwów trzewnych (Ascher, Dreyer, Popielski) i różne wpływy psychiczne (Rheinbold, Ricci, Canone de la Pace) wzmagają jej wydzielanie, zahamowanie funkcyi nadnercza, dokonane momentalnie przez zniszczenie jego lub przez wpływ nań wzmożonej funkcyi grasicy (Hornowski) może nagłą śmierć sprowadzić. Literatura dotycząca adrenaliny jest obszerna. Prócz poprzednio wspomnianych autorów zajmowali się tym przedmiotem między innymi: Kraus, Hirsch, Eppinger, Falta, Rudinger, Underhill, Closson, Bollafio, Tedesco, Quadragrielio i Medina.

[7]) O wpływie adrenaliny na wydzielanie moczu pisali w r. 1910 Kluger i Welecki. — Chcąc uniknąć wszelkich pozornych wzrostów lub spadków kw. ogólnej, należy przy jej obliczaniu uwzględnić zawsze ilość moczu i odpowiednie do wahań ilości moczu poczynić poprawki. Liczby, oznaczające stopień kwaśności

w 4 godziny dochodziła do szczytu, poczem spadała powoli. Jeżeli badany zażywał w dniu wstrzyknięcia adrenaliny extractum belladonnae, działanie wyżej wspomniane było wyraźniejsze. Atropinę[8]) podawałem chorym w postaci podskórnych wstrzykiwań w ilości 0·0005—0·001 gr. (0·0073—0·02 miligr. na kg. wagi ciała). Podwyższała ona również kwaśność ogólną moczu. Działanie było najwyraźniejsze w 1 godz., poczem w ciągu dalszych 4 godzin powoli ustępowało. Podobnie działała atropina podana per os w extr. belladonnae. Chorzy dostawali pro die 0·06 gr. extr. belladonnae, co odpowiadało (według Kunza) 0·00108 gr. atropiny. Na 1 kg. wagi ciała przypadało 0·015 0·021 miligr. atropiny.

I. Wstrzykiwania adrenaliny.

1. A. W. l. 53. 1911/12. Colitis. Enteroptosis. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 38.

Dnia 12. XI. kw. ogólna 39.

Dnia 13. XI. przed wstrzyknięciem adrenaliny 38.

Wstrzyknięto 0·0005 gr. (waga ciała w chwili wstrzyknięcia 54·7 kg)

w 1 godz. po wstrzyknięciu	41 (49)	47·6 (48)
» 2 » » »	50 (41)	
» 4 » » »	53 (60)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 47·8.

Dnia 14. XI. kw. ogólna 45.

Chora w chwili wstrzyknięcia miała ciepłotę podwyższoną i oddziaływała na adrenalinę bardzo silnie. Przyczyną gorączki było mieszkowe zapalenie gardła.

2. K. B. l. 385. 1910/11. Myocarditis chronica. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 50.

Dnia 21. VI. kw. og. 50.

Dnia 22. VI. przed wstrz. adr. 49.

Wstrz. 0·0005 gr (waga ciała w chwili wstrz. 56·5 kg).

w 1 godz. po wstrzyknięciu	50 (55)	55
» 2 » » »	57 (50)	
» 3 » » »	59 (66)	
» 4 » » »	60 (62)	
» 6 » » »	54 (60)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 55·5.

Dnia 23. VI. kw. og. 50.

3. A. T. l. 255. 1910/11. Tetania. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 20.

Dnia 31. III. kw. og. 19.

Dnia 1. IV. przed wstrz. adrenaliny 20.

Wstrz. 0·0005 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 38·2 kg).

w 1 godz. po wstrzyknięciu	22 (55)	50·6 (56·6)
» 2 » » »	42·4 (53)	
» 3 » » »	46·8 (52)	
» 4 » » »	75 (65)	
» 6 » » »	68 ' (63)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 50.

Dnia 2. IV. kw. og. 25.

4. B. W. l. 328. 1910/11. Obstipatio alvi habitualis. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 32.

Dnia 5. V. kw. ogólna 45.

Dnia 6. V. przed wstrzyknięciem adrenaliny 50.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrzykn. 46·5 kg).

Porcye moczu oddane w 1, 2, 3, 4 i 6 godz. po wstrzyknięciu, razem zmieszane, wykazują kw. og. 69 (w porcyi moczu odd. w 4 godz. po wstrz. kw. og. 78). Kwaśność średnia w dniu wstrz. 65·6.

Chora zażywała w dniu wstrzyknięcia adrenaliny 3×0·02 gr. extr. bellad.

Dnia 7. V. kw. og 50.

5. J. P. l. 263. 1910/11. Arterioscl. univ. Nephritis interst. laevis. Vagotonia. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 27.

Dnia 6. IV. kw. ogólna 28.

Dnia 7. IV. przed wstrzyknięciem adrenaliny 27.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 58·6 kg)

w 1 godz. po wstrzyknięciu	30 (33)	33·4 (35)
» 2 » » »	35 (30)	
» 3 » » »	37 (31)	
» 4 » » »	38 (40)	
» 6 » » »	35 (39)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 30·2 (31·5).

Dnia 8. V. kw. ogólna 29.

6. J. C. l. 295. 1910/11. Enteroptosis. Retroflexio uteri fixata. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 32.

Dnia 10. IV. kwaśność og. 33.

Dnia 11. IV. przed wstrz. adrenaliny 32.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 52·3 kg).

Porcye moczu, oddanego w 1, 2 i 3 godz. po wstrzyknięciu, razem zmieszane, wykazują kw. og. 46 (40)

w 4 godz. po wstrzyknięciu 46 (48)

w 6 godz. po wstrzyknięciu 38 (39)

Kwaśność średnia po wstrzyknięciu (1+2+3+4+6 godz.) 44.

Kwaśność średnia w dniu wstrz. adr. 38.

Dnia 14. IV. kw. og. 31.

7. G. S. l, 89. 1912/13. Colitis subchronica in indiv. nervoso. Średnia kw. og. moczu 41.

Dnia 20. XI. kw. og. 39.

Dnia 21. XI. przed wstrz. adr. 39.

Wstrz. 0·001 gr. (waga ciała w chwili wstrz. 64 kg).

w 1 godz. po wstrzyknięciu	45 (48)	47·2 (48)
» 2 » » »	48 (46)	
» 3 » » »	49 (45)	
» 4 » » »	50 (55)	
» 6 » » »	47 (50)	

Kwaśność średnia w dniu wstrzyknięcia 43·1 (45·2). Odczyn adrenalinowy miernie silny.

II. Wstrzykiwania atropiny.

1. E. S. l. 70. 1911/12. Periostitis chron. ossium antibrachii. Dyeta mieszana. Kw. og. moczu 60.

Dnia 12. XI. kw. og. 61.

Dnia 13. XI. przed wstrzyknięciem atropiny 62.

w 1 godz. po wstrzyknięciu 70

(średnio w dniu wstrz. atrop. kw. og. 66).

Wstrzyknięto 0·0005 gr. atropiny (waga ciała w chwili wstrzyknięcia 66½ kg).

2. H. H. l. 80. 1911/12. Hyperaciditas ventr. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 30.

Dnia 9. XI. kw. og. 31.

Dnia 10. XI. przed wstrz. atrop. 30.

Wstrzyknięto 0·0005 gr. atrop. (waga ciała w chwili wstrzyknięcia atropiny 31 kg.)

w 1 godz. po wstrzyknięciu	39	34·5
» 2 » » »	35	
» 3 » » »	32	
» 4 » « »	32	

Średnia kwaśność w dniu wstrzyknięcia atropiny 32·25.

Dnia 11. XI. kw. og. 31.

Równocześnie z wstrzyknięciem atropiny podano śniadanie próbne i wyciągnięto treść żołądka w 3 kwadranse. Kwaśność ogólna treści żołądka 40, od HCl 30 (bez podania atropiny wykazuje badanie treści żołądka w 3 kwadranse po śniadaniu próbnem kw. og. 56, od HCl 48).

moczu, a umieszczone na moich tablicach, podane są z odpowiednią poprawką i dają stąd prawdziwe wartości. Z wyjątkiem tablicy I, na której obok liczb, oznaczających kwaśność rzeczywistą, podane są w nawiasie cyfry, dotyczące kwaśności pozornej, umieściłem na wszystkich innych tablicach tylko liczby, oznaczające kwaśność rzeczywistą.

[8]) Działanie atropiny na ustrój było wszechstronnie badane. Przeważna część autorów uważa atropinę, użytą w dawkach leczniczych, za substancyę, porażającą jedynie układ nerwu błędnego. Mniejszość badaczy, zwalczana energicznie przez poprzednich, widziała przy stosowaniu bardzo małych dawek alkaloidu wstępne objawy podrażnienia nerwu błędnego, po którem dopiero następowało zwykłe porażające działanie. Schroff n. p. stwierdzał chwilowe zwolnienie tętna, Michel i Rossbach obserwowali saliwacyę, a Keuchel wzmożone ruchy robaczkowe jelit. Wszystkie te objawy podrażnienia n. błędnego były jednak zawsze bardzo słabe i rychło ustępowały porażeniu. Dawki toksyczne atropiny porażają cały układ wegetatywny.

III. Podawanie wewnętrzne wyciągu wilczej jagody (extr. belladonnae) (3 razy dziennie po 0·02 gr.).

1. G. S. l. 89. 1912/13. Colitis subchr. in ind. nervoso. Srednia kw. moczu 41.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
10. XI.	41	
11.	42	
13.	45	
14.	51	Extr. bell.
15.	53	
17.	50	

2. K. P. l. 86. 1911/12. Colitis chron. Anaemia sec. Nervositas. Retrofl. uteri lib. Dyeta mleczna. Srednia kw. og. moczu 38

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
20. XI.	36	
21.	42	
22.	43	Extr. bell.
23.	45	
24.	48	
25.	45	

3. T. K. l. 316. 1910/11. Obst. alvi. spast. Dyeta miesz. Średnia kw. og. moczu 42.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
24. IV.	42	
25.	43	
26.	40	
27.	45	
28.	48	Extr. bell.
29.	50	
30.	53	
1. V.	50	
2.	48	
3.	54	Extr. bell.
4.	88	Extr. bell. + 0.001 gr. atrop. (subcut.)
6.	55	

4. B. W. l. 328. 1910/11. Obst. alvi habit. Dyeta mieszana. Średnia kw. og. moczu 32.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
3. V.	32	
4.	35	Extr. bell.
5.	45	
6.	65·6	Extr. bell. + 0·001 adrenal. subcut.)
7.	50	

5. J. C. l. 295. 1910/11. Enteropt. Retrofl. uteri fix. Dyeta mieszana. Srednia kw. og. moczu 32.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
24. IV.	31	
25.	32	
26.	35	
27.	35	Extr. bell.
28.	36	
29.	37	
30.	33	
1.	33	

6. T. H. l. 341. 1910/11. Colo- et nephroptosis. Laterodextroflexio uteri. Dyeta mieszana. Srednia kw. og. moczu 30.

Dnia	kw. og. moczu z całej doby	
8. V.	30	
9.	33	
10.	35	Extr. bell.
11.	35	
12.	39	
13.	36	
14.	34	

Widzimy więc, że adrenalina i atropina działały tu podobnie i wspierały się wzajemnie. Pierwsza jest, jak wiadomo, drażnikiem układu współczulnego, druga poraża w dawkach używanych w lecznictwie układ autonomiczny. Oba środki wzmagają wywóz kwasów z ustroju. Pierwsza czyni to przez pobudzenie układu współczulnego, który, według Eppingera, Hessa i Rudingera potęguje procesy dyssymilacyjne w tkankach, a według badań Foa i Grużewskiej obniża zasadowość krwi, druga musi tego dokonywać przez porażenie układu autonomicznego.

O tem, że układ autonomiczny wpływa na kwaśność ogólną moczu, przeciwnie jak współczulny, przekonały mię doświadczenia z pilokarpiną i fizostygminą (ezeryną)[9]. Pierwszą wstrzykiwałem podskórnie w ilości $^3/_4$—1 centygrama (0·15—0·33 miligr. na klg. wagi ciała), drugą w ilości $^1/_2$—1 miligrama (0·0077—0·021 miligr. na klg. wagi ciała). Po ich wstrzyknięciu otrzymywałem zawsze obniżenie się kwaśności ogólnej, najwyraźniejsze w 1—$1^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu. Nie u wszystkich osobników spadek ten był równie wyraźny, ale u wszystkich był widoczny.

(Dokończenie nastąpi).

O sztucznej odmie piersiowej.

Część II, kliniczna.

Przez

Dr Seweryna Sterlinga,

ordynatora szpitala fundacyi Poznańskich w Łodzi.

(Ciąg dalszy).

Przebieg leczenia.

Ażeby nakreślić sobie plan leczenia, należy stale pamiętać o tem, do czego dążymy, stosując odmę sztuczną. Chcemy mianowicie przy pomocy tego zabiegu umożliwić wyleczenie samorodne, dając płucom pewne warunki, sprzyjające »gojeniu się« sprawy gruźliczej, mianowicie:

1. Względny spokój, przerwę w pracy czynnościowej płuc;

2. taką zmianę warunków krążenia krwi i limfy, która sprzyja tworzeniu się tkanki łącznej wokoło ognisk gruźliczych;

3. zmniejszenie, nawet zapadnięcie się jam płucnych, zwężenie pęcherzyków płucnych i oskrzelków, które, zapadłszy się, nie wydzielają już śluzu (przenośnika zarazka);

4. wpływamy na sposób wykrztuszania plwociny, zmniejszając na ogół możność reinfekcyi z jam i ognisk rozpadowych;

5. utrudniamy odpływ krwi i wessanie toksyn, więc zapobiegamy zatruwaniu całego ustroju, zarazem zaś wywołujemy większe stężenie miejscowe tych toksyn, które pobudzają miejscowo odczyn zapalny.

Współcześnie z tymi wynikami pożądanymi, stanowiącymi prawdopodobnie o pomyślnym wpływie działania odmy, spostrzegamy objawy następujące:

1. Śródpiersie wypukla się ku stronie płuca drugiego, przez co zostaje czasem ograniczona ruchomość tego płuca.

2. Serce zostaje przesunięte, a naczynia (czasem) załamane przez ucisk ze strony zrostów pasemkowatych, co może źle wpływać na krążenie. Przy odmie prawostronnej ucisk znaczniejszy utrudnia czynność prawej komory serca.

3. Przepona zostaje zepchnięta ku dołowi. Przy odmie prawostronnej ucisk, wywarty na wątrobę, upośledza niekiedy czynność wątroby.

4. Odma częściowa może mieć i taką siedzibę, że sprzyja przysysaniu materyału zakaźnego do zdrowych części płuca.

5. Ogniska niewygasłe w drugiem płucu mogą rozgorzeć przez spotęgowaną czynność tego płuca.

Te warunki sprawiają, że w przebiegu leczenia zapomocą odmy sztucznej trzeba ściśle odróżniać dwa okresy: okres bezpośredniego zadziałania ucisku i okres dalszych wyników. Jako skutki bezpośredniego wpływu odmy na

[9]) Pilokarpina i ezeryna są według wszystkich badaczy silnymi drażnikami układu autonomicznego.

ognisko czynne spostrzegałem ustąpienie gorączki, ustąpienie lub zmniejszenie się kaszlu i plwociny, poprawę stanu ogólnego, przyrost wagi ciała, poprawę łaknienia, snu, ustąpienie duszności i sinicy. W okresie drugim spostrzegamy albo niezakłócony postęp poprawy aż do zupełnego zniknięcia objawów chorobowych, albo wystąpienie szeregu objawów niepożądanych, jak wysięki, pęknięcie jam, pogorszenie stanu drugiego płuca. Nie należy przeto w pierwszych czasach przeceniać wyniku, jeśli widzimy wielką i szybką podmiotową i przedmiotową poprawę. Dalsze leczenie liczyć się musi z powikłaniami, które nieraz zależą od zbyt mocnego ucisku płuca.

Ilość gazu, wprowadzonego do opłucnej, zależy od: 1. elastyczności i wielkości klatki piersiowej, 2. obecności lub braku zrostów, 3. spoistości ognisk płucnych, ich twardości, ustępliwości, zawartości powietrza w płucach, 4 ruchomości śródpiersia, 5. zachowania się trzew. W pewnym stopniu zależy też ilość gazu, jaką wprowadzić można, od wrażliwości chorego.

Nie należy jednak uzależniać stopnia ucisku od warunków mechanicznych. Stopień stosowanego ucisku nie powinien być rzeczą przypadku.

Należy już z góry uświadomić sobie, do czego dążymy w danym przypadku: czy do zupełnego uciśnięcia płuc, czy też tylko do rozluźnienia napięcia tkanki płucnej, które umożliwi bliznowate kurczenie się tej tkanki.

Mojem zdaniem wysoki stopień ucisku stosować należy we wszystkich przypadkach sprawy rozpadowej postępowej przy braku skłonności do bliznowacenia. Gdzie jednak sprawa niema tak złośliwego charakteru, gdzie skłonność do gojenia się ognisk gruźliczych istnieje, tam wystarcza usunięcie przeszkód mechanicznych, które uniemożliwiają skuteczne kurczenie się tkanki zabliźniającej.

Braku skłonności do bliznowacenia ogniska gruźliczego dowodzą wyraźne objawy toksyczne ogólne; brak tu bowiem wału ochronnego z tkanki łącznej wkoło ogniska gruźliczego. Spostrzegamy wtedy ciepłotę wysoką, często o charakterze hektycznym, przyspieszenie względne tętna, niskie ciśnienie krwi; odczyn moczu dwuazowy lub urochromogenowy; zniknięcie odczynu tuberkulinowego tam, gdzie poprzednio był dodatni. — Te objawy (same przez się źle rokujące) dają wskazanie do zastosowania zupełnego ucisku płuca.

Wbrew przeciwnie — obecność objawów kurczenia się tkanki płucnej, które należy uważać za dowód skłonności do bliznowacenia, każą rokować lepiej, a zarazem wskazują, że już niewielki stopień ucisku umożliwi dalsze bliznowate kurczenie się ognisk gruźliczych.

O tem, że takie zasady miarkowania stopnia ucisku są słuszne, przekonują przypadki, w których ucisk niedługo trwający wywarł wpływ bardzo dodatni na przebieg ciężkiej rozpadowej gruźlicy płuc. Przekonują o tem też przypadki toksyczne, w których wahania w przebiegu choroby przebiegają równolegle do stopnia ucisku, a osiągnięta poprawa znika, skoro się przestanie odnawiać odmę.

Jeśli jeszcze zważymy, że silny stopień ucisku może zaszkodzić drugiemu płucu, to wolno nam powiedzieć, że do uciśnięcia zupełnego dążyć wolno tam tylko, gdzie po temu istnieją wskazania wyraźne. Rzecz zrozumiała, że zależymy w wielkim stopniu od warunków technicznych; jeżeli niema zrostów, to niewielka ilość gazu powoduje odmę sztuczną doskonałą; gdy jednak — wskutek obecności zrostów — ta sama ilość gazu uciśnie płuco z jednej tylko strony, musimy zastosować ucisk mocniejszy do wywołania działania leczniczego.

Najtrudniejsze zagadnienie stanowi obecność jamy płucnej o ścianach nieelastycznych. Próbujemy ją ucisnąć i zacisnąć, pamiętając jednak o tem, że ucisk mocny może rozerwać ścianę jamy, co staje się zwykle katastrofą, bo odmę leczniczą zamienia na odmę samoistną ropną. Jeśli więc prześwietlanie (w różnych kierunkach dokonane)

Rozpoznanie kliniczne w chwili wytwarzania odmy	Przypadków	Wynik leczniczy				
		I	II	III	IV	V
A) Przypadki leczone w Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem (K. Dłuski).						
Phthisis declarata fibroso-caseosa, progrediens chron.	3	1	1	—	1	—
Phthisis declarata fibroso-caseosa, progrediens acuta	16	8	6	—	—	2 b)
Phthisis consumptiva fibroso-caseosa . . .	13 a)	1	3	—	—	4 c)
	32 a)	10 (33%)	10 (33%)	2 (7%)	2 (7%)	6 (20%)
		20 (66%)				
B) Przypadki leczone w Szpitalu fundacyi Poznańskich w Łodzi (S. Sterling).						
Phthisis incipiens manifesta, progrediens chronica cum pleuritide serosa	3 a)	2	—	—	—	1
Phthisis declarata fibrocaseosa, stationaris .	2 b)	—	1	—	—	1
Phthisis declarata fibroso-caseosa, progrediens chron.	24	5	9	4	5	1 c)
Phthisis declarata fibroso caseosa, progrediens acuta	13	4	3	3	2	1 d)
Phthisis consumptiva fibroso-caseosa	5	2	1	—	1	1 e)
Phthisis consumpt. caseosa	2	—	1	—	—	1
Phthisis consumptiva cum pyo-pneumothorace .	3	—	—	—	—	3
Phthisis acuta	3	—	—	—	—	3 f)
	55	13 g) (23%)	15 (27%)	7 (12%)	8 (14%)	12 (22%)
		28 = 51%				

Uwagi: I znaczy wynik dobry; znaczna poprawa, wzgl. wyleczenie kliniczne. II — wynik niewielki, ale trwały, wzgl. powstrzymanie postępu choroby. III — wynik dodatni, ale przemijający; powstrzymanie postępu choroby na czas pewien. IV — bez wyniku; nieprzerwany postęp choroby. V — wynik zły, śmierć.

Ad A. a) W jednym przypadku odmy nie udało się wytworzyć. Dlatego wszystko obliczono w stosunku do 25 przypadków. b) W obu przypadkach udało się wytworzyć odmę bardzo mało czynną. c) W jednym przypadku wystąpiło pogorszenie w drugiem płucu. W jednym — po krwotoku — pneumonia aspir. w płucu drugiem. Enteritis tuberculosa. W innym przypadku wystąpiło zapalenie nerek.

Ad B. a) Płyn surowiczy opłucnej zastąpiono przez gaz. W jednym przypadku wystąpiła po paru tygodniach gruźlica ostra. b) W jednym przypadku stłumiono krwotok, trwający od paru tygodni. W drugim wytworzono odmę z powodu wielkich rozszerzeń oskrzeli, z których chory wypluwał po 1000 cm^3 cuchnącej plwociny. Podczas siódmej reinsuflacyi — wśród znakomitej poprawy — śmierć z powodu zatoru gazowego (w nieobecności ordynatora). c) Wskutek wysiłku fizycznego powstała przetoka płucno-opłucna. Pleuritis haemorrhagica. Zropienie wysięku. Operacya Schedego. Śmierć. d) Wielka jama oskrzelowa, wydzielina cuchnąca. Przetoka płucno-opłucna: zapalenie opłucnej ropne. Operacya Schedego. Po roku chory ma się dobrze. e) Gruźlica obustronna. Zmarł po 11 miesiącach od wytworzenia odmy. f) Jeden zmarł w sześć godzin po wytworzeniu odmy. g) Zaprzestano już stosować odmę w 5 przypadkach. U reszty stosuje się ją od 40, 30, 23, 19, 17, 3, 1 miesięcy.

Wyniki techniczne i ich stosunek do wyników leczniczych.

	26 przypadków sanatoryum w Zakopanem			55 przypadków szpitala w Łodzi		
	Przypadków	wynik leczniczy w tych przypad.: dobry I + II	zły III + IV + V	Przypadków	wynik leczniczy w tych przypad: dobry I + II	zły III + IV + V
A. Pneumothorax completus (odma doskonała)	2 (6%)	2 (100%)	0	25 (45%)	13 (52%)	12 (48%)
B. Pneumothorax partialis, sufficiens (odma niezupełna, leczniczo czynna)	21 (6%)	18 (86%)	3 (14%)	26 (47%)	15 (57%)	11 (43%)
C. Pneumothorax partialis, insufficiens (odma niezupełna, nieczynna)	7 (22%)	0	7 (100%)	4 (7%)	—	4 (100%)
D. Odmy nie wytworzono	2 (6%)	—	—			

stwierdzi obecność jamy, położonej blizko powierzchni płuca, nie należy stosować mocnego ciśnienia.

Z podobnego punktu widzenia należy rozważać sprawę trwania leczenia. Jeżeli istnieje skłonność do zabliźniania, wystarcza czasem ucisk trwający pół roku (nawet mniej), średnio jednak dwuletni; gdzie natomiast niema tej skłonności, należy odmę stosować o wiele dłużej, nieraz usque ad finem vitae. Pamiętać należy jednak o tem, że wraz z trwaniem ucisku zmniejszają się widoki »rozprostowania się« płuc po ewentualnem zaprzestaniu stosowania odmy.

Dłuższa przerwa w odnawianiu odmy wiedzie często do zrostu obu listków opłucnej; wtedy nie udaje się już nawiązać leczenia, trzeba odmę wytwarzać na nowo (co się rzadko udaje).

O powikłaniach, zależnych bezpośrednio lub pośrednio od operacyi i wikłających przebieg leczenia, mówił Dr Dłuski. Kilka tylko uwag w tej sprawie chcę dodać.

Serce i wielkie pnie naczyniowe znoszą nawet wysoki stopień ciśnienia, o ile nie ulegają bezpośredniemu uciskowi przez zrosty powrózkowate i o ile odma nie jest w sposób nagły powiększana.

Wysięki, nawet wielkie, mogą się organizować; tworzą zgrubienia grubości palca lub nawet grubsze; tyczy się to nawet wysięków ropnych.

Płuco drugie wykazuje czasem pogorszenie się sprawy gruźliczej. Przewidzieć nie można nigdy, jaki kierunek przybierze sprawa gruźlicza, istniejąca (choćby w postaci ognisk najdrobniejszych) w drugiem płucu. Na ogół rzadkie są pogorszenia tego rodzaju. Nie należy się dać zwieść takim objawom, występującym w przebiegu odmy sztucznej w płucu drugiem, jak trzeszczenia ograniczone do pewnej okolicy: powstają one w niezupełnie uciśniętej części płuca leczonego i przenoszą się akustycznie na drugie płuco. Szczególnie często powstaje ten objaw przy obecności wysięku w opłucnej (seropneumothorax). Takie trzeszczenia są słyszalne zazwyczaj w analogicznych miejscach obu płuc: w płucu uciśniętem w ciągu całego wdechu, w płucu drugiem jedynie pod koniec wdechu.

Jeśli w płucu dobrze uciśniętem następuje pogorszenie sprawy swoistej, natenczas choroba przebiega wśród niezwykłych objawów klinicznych: widzimy obraz chery (kacheksyi) przewlekłej bez objawów, właściwych końcowemu okresowi suchot płucnych, bez gorączki, dreszczów, potów.

Materyał kliniczny, jakim rozporządzamy, składa się: z 32 przypadków, leczonych przez Dr Dłuskiego w sanatoryum w Zakopanem i z 55 przypadków (na liczbę ogólną 64 [1]), leczonych przezemnie w szpitalu fundacyi Poznańskich w Łodzi. Cały ten materyał jest zestawiony w tablicy (patrz tablicę).

Nie mogę wchodzić w szczegóły oddzielnych cyfr, a te dają wogóle względne jedynie o sprawie pojęcie; tylko bowiem osobista znajomość materyału klinicznego i jego ocena krytyczna daje prawdziwą miarę (patrz wnioski ostateczne).

Dwie grupy naszego materyału klinicznego pozwalają na wykrycie pewnych między niemi różnic.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Prof. Emil Wyrobek: **Choroby weneryczne**, ich skutki i znaczenie w życiu jednostki i społeczeństwa, tudzież sposoby leczenia i zapobiegania. (Z 9 rycinami). Kraków 1916. Nakładem księgarni Sz. Taffeta.

Pojawiła się na półkach księgarskich książka, dość silnie reklamowana, przeznaczona, jak autor w przedmowie zaznacza, dla szerokich warstw społeczeństwa, a mająca na celu uświadomienie społeczeństwa o niebezpieczeństwach chorób wenerycznych, jakoteż pouczenie o tem, »co o chorobach wenerycznych i prostytucyi każdy inteligentny człowiek wiedzieć powinien«. Cel broszury, jak widzimy, szlachetny i zdawałoby się, że mu jeno przyklasnąć należy, a pochlebną oceną książki zachęcić jak najszersze warstwy społeczeństwa do bliższego zapoznania się z jej treścią. A jednak mimo wszystko z punktu widzenia lekarskiego przeciw broszurze tej, którąby mogła i powinna być pożyteczną, jak najostrzej muszę wystąpić.

Książka, jak już z samego jej tytułu widoczne, rozpada się na dwie części, bynajmniej nie połączone w jedną organiczną całość, i śmiem zauważyć, że śmiało mogłaby się zakończyć na części pierwszej bez szkody, a raczej z większym pożytkiem dla mającego ją czytać ogółu. Gdyby nie część jej druga, kto wie, czy czułbym się nawet w obowiązku zabierania głosu.

Część pierwsza książki zaznajamia czytelnika z budową anatomiczną części rodnych męskich i żeńskich (nazbyt obszernie może, jak na broszurę popularną), z ich funkcyą fizyologiczną, omawia istotę, rodzaje, niebezpieczeństwa i znaczenie chorób wenerycznych w życiu jednostki i społeczeństwa. Choć autor tu i ówdzie popada w sprzeczność w swoich wywodach i rozumowaniach, choć z tematów ściśle naukowych, którym należy się spokojne traktowanie, a więc i styl i język poważny, przechodzi nagle (pozornie dla barwności opisów i przykładów) do tonu mniej odpowiedniego, że powiem grzecznie, gawędziarskiego, choć sobie pozwala tu i ówdzie na dowcipy niesmaczne, trącące pornografią, którą przecie całą siłą chce zwalczać, choć czasem o młodzieży używa wyrażeń mało delikatnych, a przez to tę młodzież niepotrzebnie dotyka i może obraża jej dumę własną, — to są to usterki zapewne bezwiedne i bez złej tendencyi, usterki, których bliższe omówienie nie należy właściwie do lekarza. By jednak nie zdawało się, że z niemi godzę się w zupełności, wspominam o nich. Uświadomić jak najdokładniej, jak najgruntowniej, ale w sposób poważny, nacechowany miłością młodzieży, oto naczelna zasada, o której autor niestety nie zawsze zdaje się pamiętać. A szkoda! Bo część pierwsza broszury, bez wad wyżej przytoczonych, mogłaby w zupełności odpowiedzieć zadaniu, jakie sobie autor zakreślił, napisana jest bowiem z dużą (jak na nie-lekarza, zadziwiającą nawet) znajomością przedmiotu, z widoczną starannością i z należytem przygotowaniem. W roz-

[1]) Wszystkich chorych miałem 64; były to 62 przypadki gruźlicy płuc, jeden przypadek rozszerzenia oskrzeli pochodzenia niegruźliczego i jeden przypadek ropnia płuc. Z 62 przypadków suchot — 58 było własnych (w 4 odmę odnawiałem, ale jej nie wytwarzałem).

Z 58 przypadków własnych uwzględniono tu 55, ponieważ w trzech odma trwa dotąd mniej, niż miesiąc.

dziale czwartym zajmuje autor stanowisko zbyt zdecydowanego przeciwnika reglementacyi, aby można się z nim w zupełności godzić. Być może jednak, że autor zrobił to z rozmysłu i celowo, aby tem wybitniej wykazać, że i niebezpieczeństwa prostytucyi reglementowanej nie są bynajmniej małe.

Przeciw części drugiej omawianej broszury jak najostrzej wystąpić muszę z dwu zasadniczych powodów: po pierwsze ze stanowiska ogólno-społecznego (książka przeznaczona jest dla ogółu społeczeństwa), po drugie ze stanowiska czysto lekarskiego. Co do pierwszego: Autor wytknął sobie cel, ze wszech miar uznania godny, pouczenia ogółu czytelników według swej najlepszej woli i chęci, tudzież dużego zapasu wiedzy w tym kierunku i celowi temu chciał godnie sprostać. To podnieść należy jako zasługę. Tak wytkniętego celu jednak nie powinien był sobie pozwolić spaczyć nikomu, nawet swemu nakładcy. Tymczasem autor we wstępie do rozdziału V sam podaje, że nakładca: »aby na wydawnictwie nie stracić, wymagał, by w książce mniej była poruszona kwestya społeczna chorób wenerycznych, a więcej ich patologia i terapia w odniesieniu do jednostki«, i dodaje dosłownie: »I rzeczywiście muszę przyznać racyę mojemu szanownemu nakładcy«... Otóż sposobów leczenia nie wolno wysuwać na »wabika« większego pokupu, tem bardziej, że te sposoby, to tylko teorya, której przecież najinteligentniejszy nawet czytelnik w praktyce na sobie zastosować nie może. Czy nie należy raczej obawiać się, że ten lub ów czytelnik, nie rozumiejąc dokładnie tych lub owych objawów chorobowych, a polegając jedynie na broszurze i rozmaite zawarte w niej poglądy tłómacząc sobie fałszywie, właśnie przez to, i tylko przez to, pobłądzi, ponosząc szkodę na zdrowiu.

Na opis sposobów leczenia, opis ich rodzajów, wartości, ich doboru w poszczególnych przypadkach, co więcej na krytykę tych lub owych zabiegów leczniczych pozwolić sobie może jedynie lekarz, i to lekarz o dużym zasobie wiedzy nietylko teoretycznej, ale i praktycznej, opartej na bardzo obfitym materyale praktyki klinicznej, szpitalnej i prywatnej. A tak wielkie jest dotąd poszanowanie wśród lekarzy dla poszczególnych specyalności, czy działów medycyny, że w dziale chorób wenerycznych n. p. nie będzie zabierać głosu chirurg, w dziale chorób gardła i nosa okulista i t. p., bo każdy z nich rozumie, że rozgraniczenie pól pracy prowadzi do wydoskonalenia, do szczególniejszej wprawy i do możliwie największego doświadczenia. Natomiast autor, nie-lekarz, załatwia się ze sposobami leczenia i zapobiegania krótko i kategorycznie, na przestrzeni stron 14 (od str. 114—128). Pociesza jednak autor czytającą publiczność, a mnie przeraża, bo dodaje: »Być może, iż w następnem wydaniu tej broszury kwestyę tę (sposoby leczenia) obszerniej opracuję«. Życzę autorowi i nakładcy, by broszura choćby setnego doczekała się wydania, ale by już w najbliższem kwestya sposobów leczenia zupełnie była pominięta. Gdyby autor chciał, aby publiczność leczyła się na podstawie jego broszury, to nie mógłby się chyba dziwić, gdyby go posądzono, że propaguje tak zwane partactwo lecznicze. Całe szczęście, że nikt, nawet inteligentny czytelnik na podstawie podanych »sposobów leczenia« leczyć się nie może. A jeśli owe sposoby leczenia istotnie do niczego ogółowi społeczeństwa przydać się nie mogą, po co je było wogóle opisywać?

Wystąpić wreszcie należy przeciw broszurze ze stanowiska lekarskiego także dlatego, że autor, nie będąc sam lekarzem, bawi się w krytykę tych lub owych sposobów leczenia, w ocenę tych lub owych środków leczniczych, słowem zachowuje się już zbyt swawolnie, by go nie przywołać do opamiętania. Miał tylko raz autor w ciągu swej pracy nad rozdziałem V myśl naprawdę szczęśliwą w zdaniu: »Według mnie napisanie podręcznika lekarskiego popularnego, choćby nawet dla inteligentnego ogółu, jest rzeczą nietylko ogromnie trudną, ale bezowocną i nawet niebezpieczną« (strona 112 wiersz 9 od dołu i następne). To zdanie i ja najzupełniej z autorem podzielam i gdyby się był autor trzymał tej naprawdę zdrowej myśli jako wytycznej, byłby książki, przeznaczonej dla szerszych warstw społeczeństwa, nie napisał w tej formie, a mnie nie zniewoliłby do tak kategorycznego zwalczania tej zwłaszcza części broszury.

Dr Jan Tadeusz Lenartowicz (Lwów).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 10. XI. 1916.

Przewodniczy kol. Kucera, protokołuje kol. Szczepański. Obecnych 30 kolegów.

Przewodniczący w zagajeniu posiedzenia wyraża radość z powodu częściowego spełnienia się naszych pragnień narodowych, zachęca do dalszej sumiennej pracy dla dobra i rozkwitu nauki polskiej. (Oklaski). Zebrani wysłuchali przemówienia stojąc.

Kol. Łukasiewicz wyraża życzenie, by Towarzystwo lekarskie lwowskie wysłało adres do bratniego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, do Prezydenta miasta Warszawy i do Rektora Uniwersytetu warszawskiego.

1. Kol. L. Feuerstein przedstawia 26-letniego mężczyznę z **lichen ruber planus z hyperkeratozą.**

Dyskusya: a) Kol. Łukasiewicz potwierdza rozpoznanie. Uważa w tych razach za znakomity środek użycie arsenu i zapytuje, czy mowca arsen stosował. — b) Kol. Feuerstein: Chory jest niedawno w szpitalu i twierdzi, że arszeniku nie znosi. — c) Kol. Lenartowicz: Najlepszym środkiem w leczeniu czerwonego liszaja płaskiego jest arszenik. Nie znaczy to jednak, by był to jedyny środek, bo czasem arszenik nic nie pomaga, jak poucza jeden przypadek, który mowca miał w leczeniu. W przypadku tym użyto pasty z tumenolu z pastą cynkową i antypiryny, po których to środkach nastąpiła ulga. Nareszcie zdecydował się mowca podać arsen wewnętrznie (pigułki azyatyckie); wynik był dobry, zaczęła się inwolucya. Unna radzi również podawać arsen wewnętrznie. Unna obecnie zaleca 4% maść karbolową. — d) Kol. Łukasiewicz twierdzi, że w każdym przypadku liszaja czerwonego działanie arszeniku jest dobre. Co do promieni Roentgena, można tego środka próbować; wynik niezawsze pewny. Mowca przestrzega przed użyciem 4% maści karbolowej. — e) Lenartowicz: Wielu badaczy podnosi korzystne działanie promieni Roentgena, o uszkodzeniu chorego przy umiejętnem stosowaniu niema mowy. Co do maści karbolowej, podnosi mowca jeszcze raz, że Unna zaleca stosować 4% maść karbolową. — 7) Kol. Feuerstein zaznacza, że środkiem prawie swoistym w czerwonym liszaju płaskim jest arszenik. Jeżeli chory oddziaływa powoli na ten środek, to można obok arszeniku użyć innych środków pomocniczych, jak tumenolu i innych, nareszcie promieni Roentgena. Można używać arszeniku lub salwarsanu, i to naprzód salwarsanu, potem arszeniku, lub odwrotnie.

2. Kol. Feuerstein przedstawia przypadek następujący: Chory, żołnierz 30-letni, jest w szpitalu wojskowym przez 5 miesięcy dotychczas bez rozpoznania. W 1908 przechodził kiłę i był leczony; i tu w szpitalu był leczony w tym kierunku, to jednak nie wpłynęło dodatnio na jego schorzenie. Na ciele niema żadnych zmian. Na całej błonie śluzowej wargi dolnej znajdują się misternie ułożone obok siebie wykwity. Pierwotnym wykwitem jest pęcherzyk, wypełniony płynem surowiczym. Zwykle po dwóch dniach treść mętnieje, staje się ropną; pęcherzyk pęka, pozostaje szarawobrudny nalot. Badania mikroskopowe nie dały nic pozytywnego. Podobnego przypadku mowca nie widział i nie może określić rozpoznania. Sądził przez pewien czas, że ma do czynienia ze schorzeniem sztucznie wywołanem. Ponieważ później chory był bardzo strzeżony, należy to wykluczyć.

W dyskusyi kol. Łukasiewicz różniczkuje pomiędzy chorobami skórnemi, które mogłyby tu też wchodzić w rachubę, a więc: lichen ruber planus, erythema exsudativum multiforme, lupus erythematodes disseminatus. Przy bliższem zastanowieniu się, należy te wszystkie schorzenia wykluczyć. Mowca uważa zmiany przecież za wywołane sztucznie.

3. Kol. A. Gluziński wygłasza drugą część wykładu: **Uwagi nad etyologią, patogenezą i klinicznem rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy.** (Rzecz, drukowana w »Przegl. lek.« 1917, Nr 1 i nast.).

Posiedzenie d. 24. XI. 1916.

Kol. przewodniczący Kucera wygłosił mowę z powodu zgonu ś. p. cesarza Franciszka Józefa. Mowy wysłuchano stojąc, a na znak żałoby posiedzenie zamknięto.

Posiedzenie naukowe d. 15. XII. 1916.

Przewodniczy kol. Kucera, protokółuje kol. Szczepański. Obecnych 20 kolegów. Kol. przewodniczący zawiadamia, że kol. Drzymalik został wpisany w poczet członków.

1. Kol. Hornowski: **O patogenezie twardziny skóry (sclerodermia).** (Rzecz wyjdzie w całości drukiem w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos kol. A. Gluziński, kol. Schramm, kol. Kucera i kol. Hornowski.

2. Kol. Cieszyński przedstawił dwie **protezy po resekcyi szczęki górnej.**

W dyskusyi zabierał głos kol. Barański, przedstawiając przez siebie wykonaną protezę, i kol. Cieszyński.

Posiedzenie naukowe d. 5. I. 1917.

Przewodniczy kol. Kucera, protokołuje kol. Z. Szczepański. Obecnych 18 członków.

1. Kol. Hornowski omawia **dane dotyczące padaczki** porusza sprawę etyologii tego cierpienia, oraz znajdowanych przy niem zmian anatomopatologicznych makroskopowych i mikroskopowych. Na podstawie swego materyału sekcyjnego: 62 mężczyzn i 35 kobiet, zmarłych na padaczkę, stwierdza prelegent, iż prawie zawsze, a w każdym razie w większości przypadków można wykazać makroskopowe lub mikroskopowe zmiany w mózgu lub otaczających go tkankach. Prelegent w 58 przypadkach znalazł zmiany makroskopowe bądź w czaszce, bądź w oponach, bądź w mózgu, które można było postawić w związek z padaczką. Z pozostałych 39 przypadków wykazał prelegent zmiany mikroskopowe w mózgu w 17 przypadkach, zaś zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania w pozostałych, szczególniej wtedy, gdy osobnik zmarł w czasie stanu padaczkowego (status epilepticus).

Po omówieniu, zgrupowaniu i oświetleniu tych zmian przedstawił prelegent, jako ilustracyę, następujące preparaty anatomopatologiczne z osobników chorych na padaczkę: 1) czaszkę z licznemi bliznami, 2) czaszkę z próchnieniem kości gruźliczem, 3) zwapnienie opon miękkich, 4) znacznego stopnia zwyrodnienie torbielowate splotu naczyniowego mózgu, 5) zrosty naokoło splotu naczyniowego mózgu, wraz ze znacznem rozszerzeniem żyły wielkiej Galena i z wodogłowiem wewnętrznem, 6) niedokształt jednej półkuli mózgu, 7) miejscowy zanik mózgu w okolicy ruchowej dla kończyn dolnych, 8) miejscowy niedokształt zakrętów ciemieniowych, 9) miejscowe stwardnienie kory w okolicy zakrętu Broca, 10) asymetryę rogów Ammona, 11) braki w korze wraz z brunatnawem jej zabarwieniem, 12) pozostałości po rozmięknieniu mózgu ogniskowem, 13) wągra mózgu (makroskopowo i mikroskopowo), 14) perlaka podstawy mózgu, 15) śródbłoniaka podstawy mózgu, 16) glejaka mózgu, 17) torbiel szyszynki, 18) powiększoną, zwapniałą tarczycę, 19) torbielowate zwyrodnienie jajników, 20) gruzełek odosobniony mózgu, 21) kilaka w okolicy komory IV, 22) ognisko stwardnienia glejowego w okolicy oliwy, 23) ependymitis tuberosa, 24) bujanie okołonaczyniowe gleju (mikroskopowo), 25) rozrost przybrzeżny gleju (mikroskopowo), 26) zanik włókien nerwowych poziomych kory mózgowej (mikroskopowo), 27) koloid bazochłonny w tarczycy (mikroskopowo), 28) wylew krwi do móżdżku (mikroskopowo), 29) guzek glejowy jądra ogoniastego (mikroskowowo).

Prelegent podnosi trudności sprecyzowania niektórych zmian w kierunku rozstrzygnięcia, o ile są one przyczyną, czy też następstwem padaczki i zwraca uwagę na wybitny udział w patogenezie padaczki nieprawidłowych stanów wydzielniczych w gruczołach wewnętrznego wydzielania.

W dyskusyi zabierali głos kol. A. Gluziński, Kucera, Pisek, Kohlberger i Hornowski.

2. Wybrano »komisyę matkę« na przyszłe Walne Zgromadzenie.

Sekretarz: Z. Szczepański.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1914/15, XLI działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

I. posiedzenie zwyczajne z d. 4. XI. 1914[1].

Przewodniczący A. Jaworowski, sekretarz W. Jasiński; obecnych 11 członków, 1 gość.

1. P. Borsukiewicz zdaje sprawę z I Zjazdu higienistów polskich we Lwowie (od 19. do 22. lipca). Wobec licznych Sekcyi trudno objąć dorobek naukowy Zjazdu, da o tem pojęcie Pamiętnik Zjazdu. Część gospodarcza stała całkowicie na wysokości zadania, zarówno co do urządzenia samego Zjazdu, jak i kilku wycieczek do uzdrowisk polskich w Galicyi.

[1] 4. IX. i 4. X. posiedzenia nie były zwoływane.

2. P. Borsukiewicz i W. Jasiński odczytali opracowany wspólnie (na Zjazd w Lublinie) referat: **O mleku białkowem i larosanie.** Po wyłuszczeniu zasad, na jakich opierał się Finkelstein, robiąc próby początkowe z mlekiem białkowem, B. i J. podali skład chemiczny tego mleka i opisali szczegółowo sposób przygotowania, przytaczając własne uwagi, zdobyte przy przygotowaniu mleka białkowego w lubelskiej »Kropli mleka« od lipca 1912 r. Co do działania mleka białkowego, prelegenci spostrzegali wprawdzie dość dużo przypadków, lecz tylko dorywczo, brak im systematycznego badania co do wagi, ciepłoty, ilości stolców i t. p., gdyż dane takie uzyskać można tylko na odpowiednio urządzonym oddziale dla niemowląt. Stosując mleko białkowe w przypadkach zatrucia pokarmowego (intoxicatio alimentaris) i dalej posuniętych zaburzeń (decompositio) w miejscowej »Kropli mleka«, nie zawsze zebrać mogli dane nawet co do przebiegu i zejścia choroby, w większości przypadków wyniki były jednak zadowalniające i prelegenci polecają uwadze kolegów tę metodę leczenia, tem więcej, że przezwyciężyli wszelkie trudności przygotowywania mleka białkowego; obecnie mleko białkowe z »Kropli mleka« może być z pożytkiem stosowane w przypadkach zaburzeń trawienia niemowląt.

W dyskusyi zabierali głos Jaworowski, Kiełczewski, Erlichówna, Prussak, Cynberg i obydwaj prelegenci.

3. Dr A. Jaworowski skreślił w krótkości działalność oraz ostatnie chwile życia zmarłego w Bychawie członka Towarzystwa, ś. p. Dr M. Janczewskiego, poczem pamięć zmarłego uczczono przez powstanie z miejsc.

II. posiedzenie zwyczajne z d. 4. XII. 1914.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 12 członków.

1. B. Dziemski przedstawia 28-letniego mężczyznę z wybitną niedokrwistością i znacznem powiększeniem wątroby i śledziony. Rozpoznanie wahało się pomiędzy chorobą Bantiego, a **białaczką;** badanie krwi ustaliło to drugie przypuszczenie.

2. W. Jasiński przedstawia 8-letniego chłopca, dotkniętego drgawkami klonicznemi twarzy i głowy: drgawki występowały napadowo co 1/4—1 godziny, następnie co 2—3 godziny; napady trwały 3—5 minut i polegały na nagłem skręceniu głowy w lewo, oraz szybkich ruchach klonicznych brwi, gałek ocznych i źrenic: clonus concomitans mm. recti interni dextri et abducentis sin., m. superciliaris, orbicularis orbitae et palpebrarum, oraz w słabszym stopniu m. frontalis, a nawet m. orbicularis oris. Obraz ogólny drgawek przypominał rzucawkę lub drgawki mocznicowe. Przytomność podczas napadów zupełna. Badanie dna oka (kol. Zajdenman) zmian nie wykryło; odczyn źrenic nieprawidłowy w postaci t. zw. pupilla saltans. Odruchy ścięgniste wzmożone. W zachowaniu chłopca wykryto chęć zwrócenia na siebie uwagi otoczenia; napady zdarzały się częściej podczas wizyty lekarza na sali, można było nawet wywołać je niekiedy, zachęcając chłopca, by pokazał »jak to mu się robi«. Wobec tak wyraźnego wpływu suggestyi zapowiedziano chłopcu przy badaniu dna oka oftalmoskopem, że po tym zabiegu drgawki wkrótce ustąpią. Istotnie chłopiec w ciągu następnych 6 dni pobytu w szpitalu nie miał drgawek i odtąd do szpitala się nie zgłaszał. Prelegent rozpoznaje **myoklonię histeryczną,** opisywaną także pod innemi nazwami (paramyoclonus multiplex, chorea electrica) i przedstawianą niesłusznie za samoistną postać chorobową.

W dyskusyi Dobrucki opisuje z praktyki obecnej wojny przypadek szczególnych ruchów mięśniowych (wykręcanie kończyn górnych, ruchy mimiczne twarzy) u kilkunastoletniego chłopca, narażonego przez dłuższy czas na niebezpieczeństwo wskutek bitwy w sąsiedztwie i uległego wskutek tego pewnemu wstrząsowi nerwowemu; — napady ustąpiły po kilku tygodniach pobytu w szpitalu.

3. A. Żebrowski przedstawia 16-letniego chłopca, u którego **po doszczętnej operacyi wyrostka sutkowego** dokonał **plastyki** sposobem własnym. Z. robi cięcie 2—3 cm poza małżowiną uszną, odłącza skórę wraz z małżowiną i dokonywa operacyi wyrostka. W 6—8 dni po operacyi robi drugie cięcie tuż za małżowiną oraz cięcie poprzeczne pośrodku między opisanemi dwoma za uchem; w ten sposób otrzymuje dwa płaty, które wszywa ukośnie, pokrywając ranę. Zaletą tego sposobu jest — według prelegenta — pokrycie grubą warstwą skóry obnażonej zatoki, inne sposoby plastyki tego nie uwzględniają

W dyskusyi a) Dobrucki uważa, że plastyka dokonywana była zbyt wcześnie; co do sposobów plastyki, mogą one być bardzo różnorodne wobec tego, że skóry do rozporządzenia jest dosyć. — b) Jasiński radzi wprowadzić pewną zmianę w porządku płatów.

4. S. Dobrucki mówił **o leczeniu cholery**, streszczając mało znane a oryginalne poglądy na tę sprawę Rogersa z Kalkuty. Badacz ten twierdzi, że wskutek rozkładu substancyi azotowych przez przecinkowce wydziela się znaczna ilość kwasu siarkowego. Większość objawów klinicznych cholery przypisuje Rogers raczej działaniu tego kwasu, niż toksynom, a przeto i w leczeniu zwraca uwagę na zobojętnienie kwasu. W tym celu, oprócz wlewania dosyć dużych ilości (3—4 litrów) rozczynu hypertonicznego, poleca Rogers wewnętrznie nadmanganian potasu (w pigułkach keratynowych, po 0,12 co 15 minut) lub nadmanganian wapnia — w rozczynie $^1/_{10000}$, łyżkami co 15 minut. Emmerich prócz związków manganowych stosuje w początku kwas amidosulfonowy. Sposób leczenia, podany przez Rogersa, miał wywołać obniżenie śmiertelności wskutek cholery w Kalkucie z 56% do 23%.

W dyskusyi Dziemski oświadcza się za jednoczesnem stosowaniem szczepień, inni mówcy (Tołwiński, Cynberg, Jaworowski, Jasiński) przeszli na temat coraz częstszego stwierdzenia przypadków cholery w okolicy i pożądanych środków zapobiegania.

5. A. Żebrowski odczytał **kilka uwag o przecinaniu ropni okołomigdałkowych**. Prelegent zwrócił głównie uwagę na błędy, spostrzegane przy przecinaniu tych ropni i przedstawił narzędzia, ułatwiające szerokie otwarcie ogniska ropnego.

6. S. Dobrucki przedstawił preparat **wyrostka robaczkowego**, zrośniętego z odbytnicą. Ropień opróżnił się samorodnie do odbytnicy. W 2 miesiące później dokonano operacyi usunięcia wyrostka »à froid«.

7. Przyjęto (przez balotowanie) w poczet członków Towarzystwa kol. M. Glińskiego z Nałęczowa, I. Jaroszyńskiego z Piasków luterskich i M. Garbaczewskiego z Lublina. — Bibliotekarz (K. Rotkel) zrzekł się stanowczo swego mandatu.

Sekretarz: W. Jasiński.

†

Prof. Dr Antoni Gabryszewski

zmarł w Lugano 27. lutego 1917 w 53 roku życia.

Życiorys pomieścimy w jednym z następnych zeszytów.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 7. III. b. r. posiedzenie, na którem Dr Nowaczyński przedstawił przypadek t. zw. polyserositis, prof. Rosner nader rzadki przypadek makromastyi jednostronnej, Dr Szancenbach przypadek mikrotyi. Dyskusyę nad demonstracyami odłożono. Następnie wygłosił Dr Steinberg wykład: »Z dziedziny leczenia złamań szczęk«, objaśniając go przedstawieniem nader zajmujących przypadków, modeli i przeźroczy. W dyskusyi przemawiali prof. Kader, Ciechanowski i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 14. marca w klinice okulistycznej (Kopernika 40).

Lwów. W ostatnich tygodniach stwierdzono w mieście kilkanaście przypadków duru osutkowego.

Warszawa. Uznając naglącą potrzebę przygotowania dostatecznej liczby urzędników lekarskich do służby państwowej w Polsce, tymczasowa Rada Stanu, w porozumieniu z cesarsko-niemieckim Zarządem cywilnym, przystępuje obecnie do zorganizowania przy uniwersytecie warszawskim kursów teoretycznych i praktycznych z dziedziny higieny publicznej i medycyny sądowej w zakresie wiadomości, niezbędnych dla lekarza powiatowego. Liczba słuchaczów ograniczona do 100. Warunkiem przyjęcia na kursa jest conajmniej 3-letnia praktyka lekarska i nieprzekroczony 50 r. ż. Kursa będą trwać około 3 miesięcy, będą bezpłatne, a absolwenci kursów, obejmujący stanowisko lekarzy powiatowych, otrzymają zwrot kosztów pobytu w Warszawie. Na program kursów składają się: higiena praktyczna, zarys bakteryologii, zaopatrzenie w wodę i usuwanie wód zanieczyszczonych, higiena środków spożywczych, higiena rzemiosł, epidemiologia, walka z chorobami zakaźnemi, odkażanie, walka ze śmiertelnością niemowląt i opieka nad dziećmi, walka z gruźlicą, kontrola aptek, medycyna sądowa, dyagnostyka anatomopatologiczna, psychiatrya sądowa, polskie prawodawstwo sądowe w rozwoju historycznym, obowiązki i prawa lekarza powiatowego.

— Wskutek uchwały I Zjazdu polskiej medycyny wojskowej utworzyła się stała Komisya do spraw wojskowolekarskich, do której należą Dr Adamski, Bobrowski, Korolewicz, Pawlikowski, Rogalski i Wernic. (Gaz. lek. 9).

— »Gazeta lekarska« (Nr 9) z powodu oddania kierownictwa Zakładu dezynfekcyjnego miejskiego z rąk jednego niespecyalisty w ręce innego niespecyalisty domaga się usunięcia tej anomalii i utworzenia naukowo prowadzonego Zakładu dezynfekcyjnego ze szkołą dezynfektorów na potrzeby całego kraju.

— Rada miejska warszawska odrzuciła opinię Stowarzyszenia lekarzy polskich w sprawie felczerskiej, wskazującą na konieczność zniesienia instytucyi felczerów, natomiast uchwaliła wezwać Magistrat, by przedstawił wnioski w sprawie wznowienia wykładów w szkole felczerskiej, oraz aby w szpitalach miejskich mieli felczerzy pierwszeństwo na posady dozorców chorych. »Gazeta lekarska« (Nr 9) wyraża z powodu tej uchwały ubolewanie, najzupełniej słuszne.

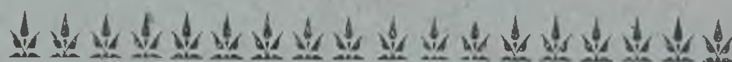
Z różnych stron. Dzienniki donoszą, że Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył d. 10. II. b. r. uroczyste posiedzenie (XLII) ku uczczeniu 25-letniej działalności prof. Dr inż. Szymona Dzierżgowskiego. Na posiedzeniu przemawiali prezes Związku, prof. Dr Stanisław Zaleski, doc. Dr Zdzisław Sowiński, Dr Wilamowski i Dr Ławrynowicz, charakteryzując kolejno pracę Jubilata, jako chemika, bakteryologa, higienisty i serologa, oraz prof. Dr Talko-Hryncewicz (z Krakowa) i doc. Dr Wł. Janowski (z Warszawy).

Zmarli: Dr Tadeusz Czyszczan, lekarz pułkowy, w Skołyszynie, w 54 r. ż.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 14. marca** 1917 o godzinie 6 wieczór **w klinice okulistycznej** (Kopernika 40). Na porządku dziennym: 1) Prof. Majewski i Dr Scharf: Demonstracya kliniczna. 2) Prof. Majewski: Nystagmografia kliniczna (z przedstawieniem chorych i przyrządów). 3) Dr Kleczkowski: Nowy sposób badania adaptacyi siatkówki i hemeralopii (z demonstracyą przyrządów). 4) Dyskusya nad demonstracyami kolegów Nowaczyńskiego, prof. Rosnera i Szancenbacha (z d. 7. III.); zgłoszeni kol. Wojciechowski, Engländer, prof. Braun.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:





L. 61/KK.

Ogłoszenie.

Komisya klimatyczna w Zakopanem zakupi używany, lecz w dobrym stanie, kryty wóz ratunkowy do przewozu osób chorych.

Zgłoszenia z podaniem ceny wnosić należy pod adresem „Klimatyka w Zakopanem“.

C. k. Inspektor klimatyczny

283 *Wilczek* m. p.



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.